

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No.
561

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marcel RONGÈRE

De la Faculté de Médecine de Paris
Né le 8 Février 1908 à Suresnes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TROUBLES FONCTIONNELS

PAR

HYPERKINÉSIE DU BASSINET

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAINEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROcq..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé...		Education physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Mort au champ d'honneur

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hopital Broca
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu me faire le
grand honneur d'accepter la pré-
sidence de cette modeste thèse,
hommage de mon profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PETITJEAN

Professeur de clinique médicale à l'École de Médecine de Dijon.

*Qui fut notre premier maître
toujours, bienveillant et qui nous
a éclairé de ses précieux conseils.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expres-
sion de notre bien sincère recon-
naissance.*

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE PARIS

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

*En les remerciant de leur bien-
veillante sollicitude.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152024_0091

INTRODUCTION

L'étude des différents facteurs pathogéniques qui interviennent dans toutes les affections des voies excrétrices est assez récente. Pendant longtemps deux d'entre eux ont été seuls bien connus : l'infection grave au catéthérisme urétéral, la distension par la pyélographie. La motricité était en revanche complètement laissée de côté et la rétention n'était considérée que comme une conséquence de la distension.

La fonction motrice pyélo-urétérale a été définie et mesurée par la pyéloscopie. Les examens radioscopiques entrepris dès décembre 1923 à la clinique urologique de l'Hôpital Necker par MM. FEY et TRUCHOT ont fourni d'emblée des documents intéressants qui firent l'objet d'une communication à la Société d'Urologie (1). Peu à peu il apparut que le bassinot s'évacuait selon un mode toujours identique à lui-même dans les cas normaux (2).

(1) LEGUEU, FEY, TRUCHOT, Des avantages de la radioscopie urinaire dans quelques indications. *Société Française d'Urologie*. Séance du 11 février 1924.

(2) LEGUEU, FEY, TRUCHOT, La motricité normale et pathologique du bassinot. Son exploration par la pyéloscopie. *Société Française d'Urologie*. Séance du 10 novembre 1924.

Dans sa leçon clinique du 12 novembre 1924 Monsieur le professeur LEGUEU après avoir fait la critique des différentes théories pathologiques invoquées au cours des rétentions de l'appareil urinaire a montré que les obstacles mécaniques à l'écoulement normal de l'urine ne sauraient expliquer ces rétentions dans tous les cas. Dans une vue d'ensemble il a opposé les rétentions d'ordre mécanique et les rétentions d'ordre dynamique.

Depuis lors l'exploration de l'évacuation pyélique normale fut entreprise systématiquement et les résultats ont été enregistrés dans une série d'articles dont on trouvera la mention ci-dessous et parmi lesquels nous avons largement puisé pour cet ouvrage (1).

Nous résumerons tout d'abord les principales données acquises aujourd'hui sur la physiologie normale du bassinet.

(1) FEY, TRUCHOT, DOSSOT, La motricité normale et pathologique du bassinet. Son exploration par la pyéloscopie. *Archives Urologiques de la Clinique Necker*, Tome V, fasc I.

LEGUEU, FEY, TRUCHOT, Présentation de pyélographies en séries. *Société Française d'Urologie*, Séance du 10 novembre 1924.

LOUIS FERRIER, La pyéloscopie. *Thèse de Paris*, janvier 1926.

BERNARD FEY, Les Rétentions pyéliques fonctionnelles. *Archives Urologiques de la Clinique Necker*, Tome V., fasc. II.

LEGUEU, FEY, TRUCHOT, L'examen radiologique de l'appareil pyélique. *Presse médicale*, 26 mai 1926, n° 42.

LEGUEU, FEY, TRUCHOT, Physiologie normale et pathologique du bassinet étudiée à l'aide de la pyéloscopie. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 15 juin 1926.

LEGUEU, *Société belge d'urologie*, juillet 1926.

LEGUEU, *Congrès de l'Association française d'urologie*, octobre 1926.

LEGUEU, FEY, TRUCHOT, *La Pyéloscopie*, 1927.

Nous rappellerons le rôle capital joué par la rétention dans la pathogénie de l'hydronéphrose. Nous définirons ensuite le syndrome « hyperkinésie du bassinet » qui est une des premières manifestations de l'ébranlement de la motricité pyélo-urétérale.

Grâce à l'obligeance de Monsieur le Docteur FAYOT qui a bien voulu nous guider dans notre travail, nous avons pu réunir à la clinique urologique de l'Hôpital Necker plusieurs observations récentes de malades chez lesquels la radioscopie a révélé un syndrome typique « d'hyperkinésie du bassinet » sans autres signes radioscopiques.

Nous nous étendrons sur les troubles fonctionnels présentés par ces malades en réservant un chapitre spécial pour la thérapeutique actuelle.

CHAPITRE I

NOTIONS

SUR LA PHYSIOLOGIE NORMALE DU BASSINET

Avant la découverte de la pyéloscopie, la physiologie de l'appareil excréteur était peu connue. Le fonctionnement du bassinet n'avait pas fait l'objet d'étude et de travaux qui portaient avant tout sur la motricité de l'uretère.

MACHT, SATANI, étudiant l'action des alcaloïdes de l'opium sur les contractions urétérales, se sont efforcés de déterminer le rôle du sympathique qui innoverait surtout l'extrémité supérieure de l'uretère, et celui du parasympathique qui innoverait l'extrémité inférieure.

GLEY montra que les contractions urétérales persistent après section des nerfs ou sur des fragments d'uretère isolés. LINA STERN les mit en évidence par la méthode graphique.

VULPIAN nota que la contraction part en un point

de l'uretère situé à un centimètre environ du bassinnet. RAUVIER, QUINBY, ont admis que les mouvements de l'uretère sont sous la dépendance d'un centre moteur situé au niveau du bassinnet, et qu'ils prennent naissance dans une surface « hautement excitable ».

VERLIAC et CANOSSA pratiquant des ligatures étagée, complètes ou incomplètes sur des uretères de chiens ont constaté parfois des dilatations partielles sous stricturales lorsque les ligatures siègent sur la partie supérieure de l'uretère.

Louis FERRIER dans sa thèse sur la pyéloscopie dit avoir répété ces expériences sur des lapins. Il constata une dilatation atomique de l'uretère partielle, après ligature complète à la jonction du bassinnet et de l'uretère. En pratiquant les ligatures à un centimètre du collet, il n'observa aucune dilatation sous-stricturale ; et il concluait : « Faut-il voir dans ces dilatations atoniques le résultat de la destruction du centre moteur supérieur de l'uretère ? »

L'existence d'un centre moteur autonome a donc été admise par différents auteurs. Mais la plupart de ces constatations ont été faites sur l'uretère et chez l'animal. Le rôle du bassinnet n'avait pas été exploré chez l'homme. C'est la pyéloscopie qui a défini la fonction motrice du bassinnet.

Nous renvoyons pour la technique à l'ouvrage magistral de MM. LEGUEU, FEY, TRUCHOT « La Pyéloscopie ». Nous rappellerons seulement qu'après catéthérisme des uretères, on injecte lentement un liquide opaque dans le bassinnet jusqu'à ce que l'ombre

pyélique ait une netteté suffisante pour déterminer ses contours. La sonde est alors enlevée sans aspirer et on examine le bassinnet. L'ombre pyélo-calicaire qui est partout homogène est animée de larges mouvements respiratoires de haut en bas. L'observation attentive de la zone de jonction du bassinnet et de l'extrémité supérieure de l'uretère montre que ce segment de l'ombre pyélique a une limite régulière.

« Tout à coup, une sorte d'évagination, se produit en ce point ; l'ombre pyélique pousse un prolongement, de forme conique, dont le sommet dessine l'extrémité supérieure de l'uretère. Il se termine à sa pointe par une limite nette et persiste sous cette forme pendant un temps appréciable. Puis brusquement, cette évagination s'allonge à sa partie inférieure, file dans l'uretère dont elle dessine rapidement le fuseau lombaire et disparaît. Le bassinnet reprend alors son contour primitif jusqu'à ce que le même phénomène se produise (1). » Il se forme donc un bulbe qui est visible une seconde en moyenne. Les bulbes se succèdent à un intervalle variable qui est de deux à cinq secondes pour un bassinnet normal.

En plus de la formation du bulbe, la pyéloscopie peut montrer également des contractions du bassinnet et des calices. Sur un bassinnet sain, ces contractions en partie masquées par les mouvements respiratoires sont difficiles à voir. En concentrant toute leur attention sur les calices et la surface du bassinnet les

(1) La pyéloscopie, LEGUEU, FEY, TRUCHOT, Page 21.

observateurs expérimentés ont cependant pu les analyser d'une façon précise :

Les calices se contractent d'abord et chassent le liquide dans le bassinnet. Puis brusquement le bassinnet chasse son contenu en se contractant. Ce contenu s'échappe d'une part vers l'extrémité supérieure de l'uretère formant ainsi le bulbe, d'autre part vers les calices qui se remplissent à nouveau.

« Cette alternance montre qu'il existe au niveau du bassinnet et des calices des contractions rythmiques, des phases de systole et de diastole qui brassent le contenu liquide et aboutissent à une évacuation par bouchées intermittentes (1). »

Dans l'ensemble de ces mouvements il y a en somme deux stades distincts : D'une part le remplissage et la formation du bulbe par une onde contractile qui parcourt les calices et le bassinnet, ouvre le sphincter sus-bulbaire et ferme le sphincter sous-bulbaire ; d'autre part l'évacuation du bulbe par une onde contractile qui ferme le sphincter sus-bulbaire et ouvre le sphincter sous-bulbaire en allant jusqu'à la vessie. Ces mouvements se succèdent à un court intervalle. L'ombre pyélique devient moins nette et toute la substance opaque est éliminée.

Au début de la pyéloscopie le temps d'évacuation était considéré comme un critérium assez bon pour mesurer la fonction motrice du bassinnet. En réalité ce temps est très variable suivant la capacité du

(1) *La pyéloscopie*, LEGUEU, FEY, TRUCHOT, page 27.

bassinets et l'on admet qu'un bassinets normal évacue environ 1 centimètre cube de liquide par minute.

Mais ce qui est capital c'est le mode de passage du liquide du bassinets dans l'uretère. Ce passage se fait par bouchées fractionnées, par éclipses. Ceci conforme en effet l'existence d'un sphincter pyélo-urétéral. Le bassinets fait réservoir.

Certes on s'est demandé si le mode d'introduction du liquide opaque dans le bassinets pouvait changer quelque chose, à la motricité normale de l'appareil pyélo-urétéral. Monsieur FEY admet que « les contractions anormales créées par la pyéloscopie exagèrent la fréquence des mouvements pyéliques (1) ». Mais il ajoute que ces mouvements ne sauraient être créés de toute pièce : « Il s'agit vraisemblablement de mouvements exagérés, constituant une réponse exagérée, à une excitation exagérée. » Il est d'ailleurs une loi de physiologie générale d'après laquelle des excitations anormales provoquent des mouvements analogues aux mouvements normaux d'un organe.

Quelques recherches ont été entreprises sur le rein néphrectomisé. Des reins tuberculeux mis dans du sérum à 37° « continuaient à présenter des contractions très nettes et ceci pendant quelquefois trois quarts d'heures (2) ». Il existe entre ces contractions obtenues surtout par traction de l'uretère une

(1) FEY, Les rétentions psychiques fonctionnelles. *Archives urologiques de la clinique Necker*, t. II, page 101.

(2) *La Pyéloscopie*, LEGUEU, FEY, TRUCHOT, page 37.

phase d'inexcitabilité qui dure un temps variable. Elles sont indépendantes du contenu du bassin. Les mouvements vus et découverts par la pyéloscopie sont donc les mêmes qui existent sur le rein normal et encore vivant.

En résumé nous ne savons pas sous quelle action s'ouvre et se ferme le sphincter pyélo-urétéral. Mais la pyéloscopie montre que l'appareil excréteur du rein a une fonction motrice propre. On conçoit alors que le mauvais fonctionnement de cet appareil moteur puisse entraîner des troubles sérieux. Nous ne pouvons passer sous silence les données nouvelles qui en sont découlées pour la pathogénie de l'hydronéphrose, données qui sont toutes récentes.

CHAPITRE II

LA PATHOGÉNIE DE L'HYDRONÉPHROSE

Classiquement on entendait par hydronéphrose les tumeurs rénales formées par la rétention chronique progressive et aseptique avec distension des cavités pyélo-urétérales (DUVAL et GRÉGOIRE). La rétention figurait alors comme une conséquence de la distension. Grâce à la pyélographie celle-ci était au premier plan et le résultat regrettable fut de tout juger d'après elle.

Monsieur le Professeur LEGUEU, en groupant dans l'étude de l'hydronéphrose, « toutes les rétentions aseptiques qui se font dans les cavités du rein » en y comprenant « toutes les petites hydronéphroses, tous les troubles de la motricité quelle que soit leur origine » a proposé pour les hydronéphroses sans distension le nom de « rétention pyélique » celui d'hydronéphrose ayant été lié longtemps et intimement à l'idée de distension.

Etudiant les différentes causes de l'hydronéphrose

M. FEY (1) passe rapidement sur les hydronéphroses manifestement congénitales, liées à une malformation évidente de l'uretère et du rein, sur les hydronéphroses mécaniques par compression pelvienne ou rétrécissement cicatriciels et traumatiques de l'uretère dans lesquelles la dilation est plus urétérale que pyélique.

Il s'arrête ensuite longuement à « l'hydronéphrose proprement dite » qui n'est liée ni à une malformation congénitale, ni à un obstacle mécanique. On peut trouver dans ces cas des facteurs anatomiques variés, rein mobile, coudure urétérale, calculs, vaisseaux anormaux, etc....

En examinant les résultats de la pyéloscopie dans ces différents cas, M. FEY constate que chacun de ces facteurs anatomiques peut s'accompagner de rétention chronique, mais ne la détermine pas fatalement et ne saurait expliquer la production mécanique de la distension. Il arrive ainsi à concevoir qu'un calcul, une artère anormale, etc... puissent servir d'épine irritative à un spasme, lorsque certaines conditions sont réalisées. Ces conditions seraient le contact de l'épine irritative avec le collet urétéro-pyélique et surtout l'état constitutionnel du malade.

Il y a en effet chez ces malades une question de terrain qui fait qu'une même épine irritative ne détermine des accidents que chez certains malades, que chez le même malade cette épine irritative peut

(1) B. FEY, Les rétentions pyéliques fonctionnelles.

longtemps rester latente. De plus il est des cas où l'on ne trouve rien, aucune épine irritative ni à l'examen clinique, ni à la radiographie, ni à la pyéloscopie.

M. FEY montre que l'histoire de ces malades se déroule suivant le même mode. Au début crises douloureuses correspondant aux crises de rétention spasmodique sur un bassinot de dimensions normales et s'évacuant normalement. Puis les crises se répétant, la musculature pyélique manifeste sa fatigue d'abord par un trouble de la motricité (hyperkinésie et rétention) puis par un trouble de la tonicité (distension chronique incomplète). A la longue les crises spasmodiques cessent mais la motricité pyélique est supprimée et on arrive au stade de rétention complète. Le spasme apparaît donc comme un facteur capital dans la détermination de l'hydronéphrose, puisqu'il ébranle par sa durée et sa répétition la musculature du bassinot c'est lui qu'il convient de déceler avant la distension atonique. D'après les observations faites, les bassinets sur lesquels se produisent les crises de rétention aiguë spasmodique présentent un ébranlement de leur motricité. L'évacuation chez eux n'est jamais normale. Tantôt elle est exagérément rapide (syndrome d'hyperkinésie) tantôt elle est ralentie (syndrome de rétention chronique incomplète). « Les formes hyperkinétiques semblent concerner les cas les plus légers, les plus récents et les plus facilement curables (1). »

(1) *La pyéloscopie*, LEGUEU, FEY, TRUCHOT.

LE SYNDROME HYPERKINÉSIE DU BASSINET

Il est très fréquent. En consultant les registres de la pyéloscopie à la clinique urologique de Necker nous avons relevé 102 bassinets hyperkinétiques du 30 juillet 1930 au 3 mai 1933 c'est-à-dire en un peu moins de 3 ans. Nous n'avons rapporté dans cet ouvrage que 16 observations car le syndrome hyperkinésie est assez bien défini.

Au point de vue morphologie, le bassinnet hyperkinétique est en général petit (obs. IV, V), ce qui est admis par les auteurs. M. FERRIER a cependant signalé dans sa thèse un bassinnet de 20 cc. de capacité avec évacuation rapide (1).

L'injection de liquide est souvent douloureuse, soit que l'on injecte un peu rapidement comme aux débuts de la pyéloscopie, soit même en prenant toutes ses précautions (observ. VII, XVI). Chez une de nos malades (obs XV), l'observateur a pu voir une crise douloureuse sous l'écran, une véritable colique néphrétique avec contractions violentes du bassinnet sans passage.

Nous avons vu que l'évacuation du bassinnet normal est caractérisée d'une part par la formation des bulbes, d'autre part par des contractions du bassinnet difficiles à voir. Dans le bassinnet hyperkinétique les contractions sont amples et fortes, anormalement

(1) FERRIER, *La Pyéloscopie*, page 64.

faciles à voir. Elles durent peu de temps : une à deux minutes. Parfois ce temps est encore abrégé : le bassinets se vide en une contraction (obs. V).

Les bulbes peuvent se former mais d'une manière précipitée et se vident instantanément pour se reproduire aussitôt. Souvent malgré les contractions énergiques, l'évacuation est lente (obs. IX). Dans le cas de crise douloureuse (obs. XV) il n'y a pas de passage, ce qui montre bien la production du spasme.

Avec l'expérience actuelle de la pyéloscopie, il est donc facile de reconnaître ces bassinets sous l'écran. Mais encore faut-il que le malade soit amené au spécialiste ? Nous avons rassemblé ici plusieurs observations de malades chez lesquels l'examen pyéloscopique a révélé un syndrome, très net de l'hyperkinésie du bassinets sans épine irritative apparente. Nous nous efforcerons d'étudier les troubles présentés par ces malades chez lesquels la symptomatologie est presque uniquement d'ordre fonctionnel.

CHAPITRE III

LES TROUBLES FONCTIONNELS PAR HYPERKINÉSIE DU BASSINET

Nous étudierons séparément les troubles fonctionnels chroniques qui se présentent sous une forme atténuée et les syndromes paroxystiques qui revêtent l'allure clinique de la colique néphrétique.

Nous rappellerons les principales erreurs de diagnostic dues à la variabilité des troubles fonctionnels et à l'absence de signes physiques.

Nous réserverons un chapitre spécial à l'évolution de ces symptômes, qui grâce à la thérapeutique actuelle se fait souvent dans le sens de la guérison.

a) LES TROUBLES FONCTIONNELS CHRONIQUES

En parcourant rapidement nos observations il est facile de se rendre compte que la douleur est le seul symptôme dont se plaignent ces malades. Nous allons étudier cette douleur en essayant de préciser son siège,

son intensité, ses irradiations, sa continuité et les modifications que lui font subir certains facteurs.

Les malades accusent parfois seulement des douleurs abdominales vagues, sans aucune localisation (obs. I et X). Cette localisation serait plus facile à faire à l'occasion de crises paroxystiques. Certains malades situent leur douleurs dans le bas ventre (obs. III) d'autres dans l'hypocondre (obs. XI). Mais le plus souvent il s'agit de douleurs lombaires dans la région située au-dessous des fausses côtes. Le siège de ces douleurs peut donc être à tous les étages de l'abdomen avec une prédominance à la région lombaire.

En dehors des crises, les malades ne souffrent pas de façon très intense. Ils ressentent plutôt une sorte de pesanteur, d'endolorissement de la région tantôt en avant, tantôt en arrière. D'après M. MARSAN ils ne supportent aucune constriction et les femmes «desserrent d'abord leur corset pour l'enlever ensuite». A certaines périodes, sous l'influence de facteurs variables, pendant un temps plus ou moins long, la sensation éprouvée par les malades est plus intense, sans revêtir toujours le type paroxystique ; les malades en profitent pour venir consulter. Mais souvent ils restent des mois et mêmes des années sans se déranger : M^{me} B. J. (obs. II) souffre depuis deux mois ; M^{me} L. M. (obs. XV) se plaint de douleurs lombaires à droite depuis un an. M^{me} L. A. (obs. XVI) a des douleurs depuis 8 ans. Il semble donc que parmi

ces malades, certains présentent pendant longtemps des douleurs atténuées.

Les irradiations de ces douleurs sont assez importantes, car elles causent souvent les erreurs de diagnostic. Elles peuvent se faire en haut et en bas (obs. II). M^{me} B..., (obs. IX) cause des douleurs continues à gauche, irradiant en ceinture. Chez M^{me} L. V. (obs. XIII) les douleurs siégeant à droite irradient sur tout le trajet du cœcum. Cette malade a d'ailleurs été opérée d'appendicite avant de venir au spécialiste urinaire. M^{me} V... (obs. XII) se plaint de douleurs lombaires à l'inspiration forcée, douleurs irradiant d'une part vers les branches pubiennes, d'autre part jusque vers l'épaule. Une radioscopie pulmonaire qui s'est révélée négative a été pratiquée chez cette malade. Chez M. L. (obs. XIV) les douleurs rénales gauches s'accompagnent de douleurs au testicule gauche même en dehors des crises. Nous voyons que les propagations sont très variables et se font dans n'importe quel sens.

Comme nous l'avons déjà signalé, les malades sont plus gênés par la continuité des douleurs que par leur intensité (obs. IX, X, XIII) C'est à cause de cette continuité de la douleur que, avant la mise en pratique de la thérapeutique actuelle, les malades finissaient par s'allonger une bonne partie de la journée et devenaient ainsi de véritables impotents, incapables de ne rien entreprendre. Le repos seul, les calmait un peu.

Les sensations éprouvées sont augmentées par de nombreux facteurs, facteurs souvent identiques chez

un même malade : M^{me} M. M. (obs. IV) signale que ses douleurs sont persistantes et plutôt augmentées pendant les voyages en chemin de fer. M^{me} L. A. (obs. XVI) a observé qu'elle souffre beaucoup plus à l'occasion de marches, de fatigues. J'ai interrogé M^{me} B. J. (obs. III) qui prétend n'avoir pu monter en autobus pendant longtemps. Aujourd'hui grâce au traitement par le benzoate de benzyle, les symptômes présentés par la malade se sont améliorés, mais elle souffre cependant encore en autobus. La marche, l'effort, la fatigue, les secousses d'une voiture agissent donc de façon défavorable sur les malades.

En résumé, les douleurs chroniques sont assez mal définies tant par leur siège et leur intensité que par leur irradiations.

Ce qui les caractérise le mieux, c'est d'une part leur continuité malgré de longues périodes d'accalmies et d'autre part l'influence des facteurs occasionnels qui les font apparaître ou renforcent des douleurs déjà existantes.

Nous insistons sur la fréquence des observations où ces douleurs chroniques existent seules en dehors de toute crise paroxystique et de celles où elles coexistent avec les crises, tout en tenant plus de place que celles-ci.

Sur les 16 observations rapportées à la fin de cet ouvrage, nous en trouvons en effet 7 dans lesquelles les malades n'ont pas eu de crises aiguës (obs. II, VIII, IX, X, XII, XIII, XVI) et 3 de malades présentant

des phénomènes chroniques avec crises (obs. III, VII, XI). Les douleurs chroniques atténuées tiennent une place très importante chez nos malades par leur fréquence.

b) LES SYNDROMES PAROXYSTIQUES

Parfois la douleur ressentie par ces malades s'exaspère, procède par crises paroxystiques qui simulent tout à fait la crise de colique néphrétique.

Dans les différents travaux parus sur les petites hydronéphroses et les rétentions pyéliquies, les coliques néphrétiques, c'est-à-dire les crises de rétentiou aiguë spasmodique occupent le premier plan de la symptomatologie clinique. « C'est le phénomène aigu, la rétention aiguë spasmodique qui doit faire soupçonner la rétention fonctionnelle chronique. »

Ces coliques néphrétiques ont un début brusque. Elles apparaissent parfois à l'occasion d'une fatigue, d'une course. Chez une de nos malades (M^{me} M., obs. XV) elles surviennent depuis 6 ans peu de temps après les règles. La douleur est surtout marquée dans la fosse lombaire (obs. I, II, VI, VII, XI, XIV). M. MARSAN signale qu'elle peut affecter le siège épigastrique ou abdominal (1).

Elle est intolérable s'accompagne de pâleur de la face, de transpiration, de vomissements parfois (obs. 1). Elle irradie le long de l'uretère et descend

(1) F. MARSAN, Les petites hydronéphroses douloureuses. *Paris Médical*, 1925, n° 31, p. 113.

jusqu'aux grandes lèvres ou au scrotum (obs XIV). Elle dure 12 à 36 heures et n'est calmée que par la morphine.

Chez certains malades elle peut s'accompagner de pollakiurie (obs. I, VII, XI) de dysurie, d'hématurie parfois (obs. XI). Chez d'autres on ne trouve aucun signe urinaire (obs. II, VI). L'abdomen est quelquefois contracté et les malades localisent mal le siège de leur douleur. Cependant ces crises sont assez typiques et l'ont compris qu'elles aient bien été mises en évidence.

Elles apparaissent quelquefois au début de l'affection et existent seules (obs. I, V, XIV). Ou bien elles se surajoutent à des douleurs continues chroniques (obs. III, VII, XI).

Ces crises paroxystiques semblent attirer l'attention sur le rein, plus que les symptômes chroniques car elles sont mieux localisées et le malade vu l'intensité des douleurs consulte plus volontiers le médecin. Mais comme nous l'avons déjà signalé elles se rencontrent moins souvent que les douleurs atténuées. Parmi nos 16 observations nous ne trouvons que cinq malades ayant présenté uniquement les crises de coliques néphrétiques (obs. I, V, VI, XIV, XV).

Il est intéressant de noter que ces troubles fonctionnels aigus ou chroniques apparaissent à n'importe quel âge. M^{me} G. (obs. I) n'a pas eu de douleurs jusqu'à 50 ans. De plus ils sont bien plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Ce sont des raisons

de plus pour justifier le rôle du terrain, de l'état constitutionnel du malade.

D'autre part, sauf quelques exceptions, les signes physiques manquent complètement chez nos malades. Nous verrons plus loin les difficultés de diagnostic qui peuvent en découler.

c) EVOLUTION

La symptomatologie fonctionnelle des malades présentant le « syndrome hyperkinésie du bassin » se résume donc dans la douleur éprouvée par ces malades, douleur chronique ou paroxystique. En dehors de tout traitement cette allure clinique persiste des années sans changement.

M^{me} L. A. (obs XVI) a des douleurs lombaires depuis 8 ans. Les reins ne sont pas perceptibles à la palpation et la pyéloscopie montre une évacuation très rapide du bassin.

M^{me} M. (obs. XV) se plaint de crises douloureuses dans le flanc gauche depuis 6 ans. Les reins ne sont ni douloureux ni perceptibles. A la pyéloscopie hyperkinésie nette du bassin.

La rétention chronique incomplète semble n'apparaître qu'au bout d'un temps, assez long. De ce côté le pronostic n'est donc sérieux qu'à une échéance lointaine. Par contre M. MARSAN signalait que chez certains malades la continuité de la douleur aboutissait peu à peu à la perte de l'appétit, à un repos

forcé entraînant la constipation, à un amaigrissement assez marqué et à un état nerveux exaspéré. « Les malades deviennent irritables, impressionnables, se désintéressent de tout. »

Nous verrons plus loin que cette évolution peut être modifiée heureusement grâce à la thérapeutique actuelle.

d) **DIAGNOSTIC**

En réalisant les observations des malades présentant les troubles fonctionnels que nous avons décrits, on se rend compte de la pauvreté ou de l'absence des signes physiques. La plupart du temps les reins ne sont pas perçus, les urines sont claires, les points douloureux sur le trajet de l'uretère ne sont pas trouvés. Quelquefois cependant un peu de pollakiurie (obs. I), de pyurie (obs. VII) d'hématurie (obs. VIII) de dysurie (obs. X) mettent sur le bon chemin. Mais en dehors de ces cas les troubles fonctionnels existent seuls. Leur symptomatologie étant vague, la douleur variable d'allure et d'intensité avec une localisation peu précise, on conçoit la fréquence des erreurs de diagnostic. L'erreur la plus souvent commise est la confusion avec l'appendicite soit dans sa forme chronique soit dans sa forme aiguë. Parmi nos observations nous relevons quatre malades portant une cicatrice d'appendicectomie. Ces malades n'ont pu préciser si à l'opération l'appendice a été trouvé

atteint. Il est donc difficile d'affirmer qu'il y ait eu là une erreur de diagnostic certaine.

Le doute nous paraît surtout permis pour M^{me} L. M. (obs. XIII) et M^{me} B. M. (obs. IX). Cette dernière a en effet été opérée d'appendicite 6 mois avant de venir consulter cette fois pour des douleurs lombaires gauches. Bien que ces douleurs irradient en ceinture elles ne semblent pas avoir pu donner le change pour une appendicite. De même M^{me} L. M. qui a subi l'appendicectomie en 1912 revient en 1931 avec des douleurs lombaires à droite depuis un an. L'intervalle de 19 ans entre les deux manifestations douloureuses semble long.

Par contre M^{lle} V. (obs. XII) opérée d'appendicite pour douleurs abdominales droite voit ses douleurs persister après l'opération. Elle n'a jamais eu de crises aiguës.

M^{me} B. J. (obs. III) prétend avoir été opérée il y a un an pour crises abdominales aiguës droites et présenter encore ces mêmes crises avec dans l'intervalle une douleur continue.

Ces deux dernières malades semblent bien porter la signature appendiculaire de la douleur rénale, l'une pour douleurs chroniques, l'autre pour crises aiguës.

Chez les malades que nous venons de citer nous n'avons d'ailleurs pas trouvé de vomissements. Quand les vomissements apparaissent, quand la paroi abdominale est contractée même en dehors des

crises, on conçoit que malgré l'absence de température la confusion avec l'appendicite soit facile.

MM. DELBET et ISELIN ont bien noté que dans les néphralgies les vomissements surviennent en même temps que les crises douloureuses, tandis que dans l'appendicite ils sont postérieurs d'une heure ou deux à la crise douloureuse. Mais le plus souvent c'est la persistance des mêmes symptômes après l'opération qui amène le malade à consulter le spécialiste urinaire.

En dehors de l'appendice la vésicule biliaire peut être mise en cause surtout quand les irradiations se font vers l'épigastre.

Le point douloureux inférieur peut être attribué à des lésions salpingiennes.

M. MARSAN a connu une malade, qui avait subi 3 opérations. Elle avait été opérée d'abord d'appendicite. On lui avait enlevé ensuite la vésicule biliaire et enfin on lui avait fait une hystérectomie. Malgré tout les crises douloureuses se produisaient avec les mêmes caractères et la même intensité, dues à une petite hydronéphrose du côté droit.

CHAPITRE IV

LE TRAITEMENT ANTISPASMODIQUE DANS LES HYPERKINÉSIES DU BASSINET

M. le Docteur LARGEAU étudiant le rôle du terrain dans les troubles spasmodiques de l'appareil excréteur du rein, essaie de chercher la cause de l'état de spasmodicité. Passant en revue les diverses causes invoquées, le rôle de la fibre musculaire, celui du système nerveux, les troubles vasculaires, les troubles du métabolisme général, il conclut qu'il existe un terrain spasmophile qui fait que quelques-uns de ces malades ne sont pas exclusivement des spasmodiques du bassin, mais aussi des spasmodiques de l'intestin, de l'œsophage. Ces notions ont le mérite de montrer la nécessité d'un traitement médical.

Dès que l'on admit la possibilité de troubles de la motricité de l'origine des crises de rétention pyélique le traitement antispasmodique fut essayé.

M. FERRIER (1) signale les résultats encourageants obtenus chez un malade atteint de coliques néphrétiques avec hyperkinésie du bassinet, grâce aux antispasmodiques usuels, belladone, benzoate de benzyle à 20 %. Il rapporte l'observation d'un malade souffrant de douleurs lombaires droites par crises chez lequel la pyéloscopie révéla une évacuation rapide du bassinet (une minute et demie). Après traitement par la belladone (30 gouttes par jour pendant 10 jours) le temps d'évacuation fut ramené à deux minutes et demie. Le malade souffrant toujours un peu on lui donna du benzoate de benzyle à raison de 60 gouttes par jour de solution à 20 % en trois prises. Les crises disparurent complètement.

M. FEY signale aussi quatre observations où le traitement antispasmodique par le benzoate de benzyle amena la cessation des crises douloureuses.

Presque tous les malades auxquels, se rapportent nos observations ont été traités avec le benzoate de benzyle et quelquefois du gardénal.

Nous en avons revu certains et les résultats semblent excellents.

M^{me} B. J. (obs II) souffrant depuis deux mois, à laquelle fut prescrit du gardénal à la dose de 0 gr. 05 par jour le 13 novembre 1931, revient le 19 janvier 1931. Elle va très bien, la guérison semble complète.

M^{me} B. E. (obs. VII) présentant des douleurs con-

(1) FERRIER, *La Pyéloscopie*, page 62.

(2) FEY, Les rétentions pyéliquies fonctionnelles. *Archives urologiques de la clinique Necker*, t. V, fasc. II, pages 109 et 110.

tinues avec crises paroxystiques prend du benzoate de benzyle à partir du 4 août 1931. Le 24 novembre 1931 elle annonce la disparition des crises et la persistance d'une douleur sourde.

M^{me} B. J. (obs III) souffrant depuis un an est mise au benzoate de benzyle le 9 mars 1933. Le 18 mai elle signale une amélioration très nette avec encore quelques douleurs à l'effort.

Le benzoate de benzyle semble donc être le médicament de choix pour ces malades.

Il fut introduit dans la thérapeutique grâce aux travaux du Docteur Davis MACHT de la Johns Hopkins University. Cet auteur remarqua que la propriété sédative de certains alcaloïdes de l'opium sur les états spasmodiques relève du groupe benzyl présent dans leurs molécules. Nous avons relevé dans le « Journal de pharmacie et de Chimie » de 1920 le texte suivant (1) : « M. MACHT a reconnu que le benzoate de benzyle n'était pas toxique en l'essayant sur lui-même. Il l'a utilisé ensuite avec succès dans les affections suivantes : diarrhée, dysenterie, coliques intestinales, hépatiques et néphrétiques, constipation, spasme vésical, douleurs utérines, spasme artériel, spasme bronchique de l'asthme vrai.

Après lui LITZENBERG, VAQUEZ, NOYAN, STORN VON LEENWEN étudièrent cliniquement et scientifiquement ses propriétés physiologiques.

Leurs conclusions furent catégoriques. Ce médi-

(1) *Journal de pharmacie et de chimie* de 1920, t. XXI, page 239.

cament agit d'une façon élective sur la musculature des viscères thoraciques et abdominaux et amène une sédation rapide des troubles fonctionnels qui surviennent dans la coqueluche, l'asthme, les spasmes laryngés, les coliques hépatiques et néphrétiques.

D'une façon générale le benzoate de benzyle n'agit pas sur tel ou tel muscle spécialement, mais sur le terrain spasmophile. Les heureux résultats obtenus grâce à lui chez les malades présentant le syndrome hyperkinésie du bassin confirment donc la nature spasmodique de ces troubles.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M^{me} C. G. 50 ans, 26 janvier 1933.

Vient consulter pour des douleurs lombaires droites survenant par crises depuis un mois. Vomissements pendant les crises.

Pollakiurie pendant les crises.

Constipation. Urines claires. Reins non perceptibles
Appareil génital normal.

Radiographie : Pas de calcul.

Pyéloscopie droite : Bassinet hyperkinétique.

27-1-33. Uretère hyperkinétique. Benzoate de benzyle.

OBSERVATION II. — M^{me} B. J. 24 ans, 12 novembre 1931.

Douleurs continuelles dans la fosse iliaque droite depuis
2 mois. Ces douleurs irradient en haut et en bas.

Pas de vomissements.

Pas de signes urinaires.

Appareil génital normal.

Pyéloscopie droite : Rein droit légèrement ptosé et fixé.

Évacuation rapide. Hyperkinésie.

Gardénal : 0 gr, 05 par jour.

19 janvier 1932. Va très bien. Guérison.

OBSERVATION III. — M^{me} B. J. 29 ans, 9 mars 1933.

Appendicectomie il y a un an pour douleurs aiguës à droite. Depuis douleurs lombaires droites continues, douleurs dans le bas ventre, crises assez fréquentes.

Ne peut rester en autobus.

Pas de signes urinaires.

Reins non perceptibles.

Appareil génital normal.

Pyéloscopie droite : Évacuation rapide. Hyperkinésie.

Benzoate de benzyle.

18 mai 1933. Amélioration très nette, mais il persiste un peu de douleurs en auto.

OBSERVATION IV. — M^{me} M. M. 24 ans, 11 avril 1933.

Douleurs lombaires droites continues.

Urines claires.

Reins non perceptibles.

Appareil génital normal. Sensibilité colique.

Traitement pour intestin.

1^{er} mai 1933.

Persistance et augmentation de la douleur pendant voyages en chemin de fer.

Radiographie : Pas de calcul.

Pyéloscopie droite : Petit bassinet hyperkinétique.

Benzoate de benzyle.

OBSERVATION 5. — M^{lle} J. G. 22 ans. 24 avril 1933.

Coliques néphrétiques à droite et à plusieurs reprises, la dernière fois le 24 mars douleur sourde dans l'intervalle.

Urines claires après les crises.

Reins non perçus.

Appareil génital normal.

Pyéloscopie droite : Bassinet petit, vidé en une contraction. Benzoate de benzyle.

10 mai 1933. Les douleurs ont cessé pendant 10 jours, puis ont repris. Papaveryl.

OBSERVATION VI. — M^{lle} P. J. 21 ans, 8 avril 1933.

Douleurs lombaires gauches par crises violentes survenant depuis 3 ans.

Constipation.

Urines claires après les crises.

Reins non perceptibles.

Appareil génital normal.

Pyéloscopie gauche : Évacuation rapide.

Hyperkinésie.

Benzoate de benzyle.

OBSERVATION VII. — M^{me} B. E. 39 ans, 4 août 1931.

Douleurs lombaires droites continues. Crises fréquentes.

Pollakiurie. Pyurie (cystite du trigone)

Pyéloscopie droite : Bassinet non dilaté.

Injection douloureuse. Hyperkinésie.

Benzoate de benzyle.

24 novembre 1931. Les crises ont disparu.

Il persiste une douleur sourde.

OBSERVATION VIII. — M^{me} D. A. 43 ans, 18 mars 1933.

Depuis 15 jours douleurs lombaires gauches avec hématuries.

Rein gauche gros, non douloureux.

Radiographie : Pas de calcul.

Pyéloscopie gauche : Évacuation rapide. Benzoate de benzyle.

OBSERVATION IX. — M^{me} B. M. 28 ans, 13 novembre 1931.

Douleur lombaire gauche continuelle irradiant en ceinture.

Appendicetomie il y a 6 mois.

Pas de signes urinaires.

Rein droit ptosé. Rein gauche non perceptible.

Pyéloscopie gauche : Bassinet hyperkinétique.

Évacuation lente.

OBSERVATION X. — M^{me} L. A. 35 ans, 12 janvier 1931.

Depuis un mois douleurs rénales et abdominales du côté gauche.

Reins non perceptibles.

Appareil génital normal.

15 janvier 1931. Douleurs lombaires continues.

29 février 1931. Douleurs rénales droites.

Pyéloscopie droite : Contractions énergiques du bassinet sans passage. Benzoate de benzyle.

OBSERVATION XI. — M^{me} G. R. 25 ans, 23 février 1931.

Douleurs dans hypocondre gauche avec douleurs lombaires gauches par crises.

Une crise il y a 15 jours. Hématurie et pollakiurie pendant crises.

Vomissements. Constipation.

Urines claires. Reins non perceptibles.

Appareil génital normal.

Douleurs le long de côlon descendant à l'examen.

Pyéloscopie gauche : Bassinet hyperkinétique.

OBSERVATION XII. — M^{lle} V. 21 novembre 1932.

Opérée d'appendicite pour douleurs abdominales droites.

Douleurs persistent, irradiant vers pubis.

Jamais de colique néphrétique. Pas d'hématurie. Pas de rejet de calculs.

26 novembre 1932.

Douleurs lombaires droites irradiant vers l'épaule à

l'inspiration forcée. Parfois douleurs dans le bas ventre à gauche. Radioscopie pulmonaire négative. Urines claires.

30 novembre 1932.

Pyéloscopie droite : Bassinet hyperkinétique.

OBSERVATION XIII. — M^{me} M. L. 42 ans, 26 mars 1931.

Appendicectomie en 1912.

Douleurs lombaires à droite depuis un an.

Actuellement mictions normales, reins non perceptibles.

Urines claires. Douleurs sur trajet du cœcum. Pyéloscopie droite : Bassinet hyperkinétique.

OBSERVATION XIV. — M^r L. 25 ans, 18 juin 1932.

Depuis 1926 crises de coliques néphrétiques à gauche, irradiant au scrotum.

Dysurie pendant les crises.

Depuis 15 jours douleurs rénales gauches continues, et douleurs au testicule gauche.

Pas de calcul à la Radio. Pas de blenno.

Pyéloscopie gauche ; Hyperkinésie du bassin.

OBSERVATION XV. — M^{me} M. M. 32 ans, 9 août 1930.

Depuis 6 ans crises douloureuses aiguës dans le flanc gauche survenant peu de temps après les règles.

Pas d'hématurie consécutive.

Pas de rejet de calcul. Pas d'antécédents génitaux.

Urines claires. Reins non perceptibles.

Radiographie négative.

Pyéloscopie gauche : Hyperkinésie.

Crise douloureuse sous écran.

Pas de passage.

OBSERVATION XVI. — M^{me} L. A. 39 ans, 19 janvier 1931.

Douleurs lombaires gauches depuis 8 ans ayant débuté

au cours d'une grossesse avec hématuries Douleurs continues, plus fortes, pendant marche et depuis un mois accen-
tuation de ces douleurs avec hématuries (fatigues).

Constipation.

Reins non perceptibles.

Pyéloscopie gauche. Évacuation très rapide. Benzoate
de benzyle. 24 février 1931. Va beaucoup mieux.

CONCLUSIONS

1° Le syndrome hyperkinésie du bassin est très fréquent.

2° Il se révèle en clinique par une symptomatologie d'ordre fonctionnel.

3° Le grand symptôme accusé par les malades est la douleur.

Cette douleur dont tous les caractères sont variables peut revêtir le type paroxystique. Mais elle se présente aussi et le plus souvent sous une forme chronique atténuée.

4° Les troubles fonctionnels peuvent conduire à des erreurs de diagnostic clinique. La pyéloscopie seule permet un diagnostic précis.

5° Le traitement médical par les antispasmodiques et notamment par le benzoate de benzyle donne d'excellents résultats.

6° Les signes physiques manquant la plupart du temps complètement, les troubles fonctionnels seuls font penser au syndrome d'hyperkinésie.

VU :

Le Doyen

G. ROUSSY

VU :

Le Président

PROF. J. L. FAURE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- CANOSSA et VERLIAC. — Les ligatures urétérales chez le chien. *Archives urologiques de la clinique Necker*, t. IV, fasc. 2, p. 169.
- LOUIS FERRIER. — La Pyéloscopie, *Thèse de Paris* 1926.
- BERNARD FEY. — Les Rétentions pyéliques fonctionnelles. *Archives urologiques de la clinique Necker*, t. V, fasc. 2.
- FEY, TRUCHOT, DOSSOT. — La Motricité normale et pathologique du bassinet. Son exploration par la pyéloscopie.
- GLEY. — Physiologie, 1913.
- LEGUEU, FEY, TRUCHOT. — Des avantages de la radioscopie urinaire dans quelques indications. *Société française d'urologie*, Séance du 11 février 1924.
- LEGUEU, FEY, TRUCHOT. — Présentation de pyélographies en série. *Société française d'urologie*, Séance du 10 novembre 1924.
- LEGUEU, FEY, TRUCHOT. — L'examen radiologique de l'appareil pyélique. *Presse médicale* 26 mai 1926, n° 42.
- LEGUEU, FEY, TRUCHOT. — Physiologie normale et pathologique du bassinet étudié à l'aide de la pyéloscopie. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 15 juin 1926.
- LEGUEU, FEY, TRUCHOT. — *La Pyéloscopie*, 1927.
- MACHT. — On the comparative influence of morphin and the total opium alcaloids on renal colic. *The journal of Urology*, avril 1927, page, 201.
- MARION et HEITZ-BOYER. — Traité pratique de cystoscopie et de catéthérisme utéréal, 1913.
- MARSAN. — Les petites hydronéphroses douloureuses. *Paris médical* 1925, no 31, page 113.
- SATANI. — Experimental studies ou the ureter. The causes of the ureteral contraction *Américan journal of physiology*.
- STERN (Lina) *Thèse de Genève* 1903.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 3-10-1933.

